

## درخواست پروگرام کمک غذایی مکمل (SNAP)

راههای بازگرداندن درخواست SNAP:		برای درخواست:
بارگذاری		<ul style="list-style-type: none"> <li>• شما حق دارید در هر زمان درخواست مزایای SNAP کنید.</li> <li>• اگر مصاحبه لازم شود، می‌تواند از طریق تلفون یا بصورت حضوری انجام گیرد. در بیشتر موارد مصاحبه لازم است.</li> <li>• بخش حمایت فمیلی (FSD) تلاش می‌کند با شما تماس بگیرد، اشما در درخواست نمبر تلفون خود را ارائه کرده باشید، روز کاری بعد درخواست شما برای کامل کردن مصاحبه ثبت می‌شود. پاسخ دادن به این تماس تلفونی سریعترین راه برای کامل کردن مصاحبه شما می‌باشد.</li> <li>• اگر شما نمبر تلفون ارائه نکنید، یا نتوانید مصاحبه خود را در زمان تماس ما کامل کنید، لطفاً برای تکمیل کردن مصاحبه خود با نمبر (855) 823-4908 تماس بگیرید یا از آفیس FSD برای تکمیل این در اسرع وقت دیدن کنید. (برای کسب معلومات بیشتر در خصوص اینکه پس از ارسال درخواست SNAP شما چه چیزی رخ می‌دهد، صفحه بعد را بازبینی نمایید.)</li> <li>• ممکن است از شما بخواهیم که برای از معلومات ارائه شده به FSD را تصدیق کنید.</li> <li>• لطفاً به پاکیزه‌ترین طریق ممکن نوشته کنید.</li> </ul>
mydssupload.mo.gov		
پوسته		
Family Support Division PO Box 2700 Jefferson City, MO 65102		
حضوری		
یافتن آفیس: dss.mo.gov/offices.htm		
فکس		روز درخواست:
573-526-9400		<p>مزایای ارائه شده از تاریخ دریافت FSD شما، که باید شامل نام، نشانی و امضای شما باشد. لطفاً بخش 2 از طریق 6 را کامل کنید برای کمک به FSD تا درخواست شما سریعتر انجام شود.</p> <p>اگر پسند شود مزایا از تاریخ دریافت FSD شما ارائه می‌شود. این روز پرکردن شما می‌باشد. اگر شما یک سازمان هستید و درخواست مزایای SNAP و درآمد امنیت مکمل (SSI) در همان زمان را می‌کنید، تاریخ پرکردن شما روز آزاد شدن از سازمان می‌باشد.</p>
		نماینده مجاز:
		<p>شما می‌توانید بیش از یک فرد یا امکانات برای کامل کردن درخواست و/یا اداره مزایای خود به نمایندگی از خود کامل کنید. آنها همانند یک نماینده مجاز عمل می‌کنند. اگر شما یک نماینده مجاز بخواهید، فورم نماینده مجاز (IM-6AR) را در وبسایت <a href="https://dssmanuals.mo.gov/wp-content/uploads/2020/09/im-6ar-app.pdf">https://dssmanuals.mo.gov/wp-content/uploads/2020/09/im-6ar-app.pdf</a> یا پر کنید یا تماس بگیرید با FSD.</p>



درخواست SNAP سریعتر و آسانتر می‌شوند. بصورت آنلاین درخواست دهید در:  
<https://mydss.mo.gov/apply>



پس از آنکه FSD درخواست SNAP شما را دریافت می‌کند، شما باید موارد زیر را انجام دهید:

### کمک لازم دارید؟

- آنلاین: [mydss.mo.gov](http://mydss.mo.gov)
- از طریق تلفون: (855) FSD-INFO (855-373-4636)
- Relay Missouri: 711
- کاربران TTY می‌توانند تماس بگیرند
- شماره: (800) 735-2966
- از هر آفیس FSD دیدن کنید: آفیس
- بصورت آنلاین پیدا کنید در: [dss.mo.gov/offices.htm](http://dss.mo.gov/offices.htm)

در بیشتر موارد یک مصاحبه لازم است.

اگر مصاحبه لازم شود، می‌تواند تکمیل شود:

• از طریق تلفون: (855) 823-4908

• بصورت حضوری: دیدن کنید از [dss.mo.gov/offices.htm](http://dss.mo.gov/offices.htm) برای یافتن

مرکز اجتماع برای شما

**FSD با شما تماس می‌گیرد، اگر شما در درخواست نمبر تلفون خود را ارائه کرده باشید، روز کاری بعد درخواست شما برای کامل کردن مصاحبه ثبت می‌شود. پاسخ دادن به این تماس تلفونی سریعترین راه برای کامل کردن مصاحبه شما می‌باشد.**

اگر شما نمبر تلفون ارائه نکنید، یا نتوانید مصاحبه خود را در زمان تماس ما کامل کنید، لطفاً برای تکمیل کردن مصاحبه خود با نمبر 823 (855) 4908 تماس بگیرید یا از آفیس FSD برای تکمیل این در اسرع وقت دیدن کنید.

اگر مصاحبه رزرو شده می‌خواهید، می‌توانید درخواست مصاحبه‌ای از طریق تلفون این بصورت حضوری اتخاذ کنید، یا از طریق چت آنلاین در [mydss.mo.gov](http://mydss.mo.gov).

### اگر کسی پذیرفته شود، کی فهم می‌کنیم؟

FSD باید درخواست شما را طی 30 روز بررسی کند.

بخش حمایت فمیلی درخواست شما و هرگونه مستندات حمایتی را در سریعترین زمانی که دریافت کنند بررسی می‌کنند. پس از بررسی درخواستتان، شما یک نامه دریافت می‌کنید که به شما معلومات می‌دهد و اجد دریافت مزایای SNAP هستند یا خیر.

### مزایای SNAP چگونه تحویل داده می‌شوند؟

کارت‌های مزایای انتقال الکترونیکی (EBT) دسترسی به مزایای SNAP شما را فراهم می‌کنند. کارت‌های EBT پس از تأیید شما برای دریافت مزایا به آدرس شما ارسال می‌شوند.

کارت EBT شما به طور مشابه با یک کارت دبییت کار خواهد کرد و شما یک شماره PIN خواهید داشت که باید در زمان خرید خود وارد کنید. برای کسب معلومات بیشتر، به وبسایت مراجعه کنید: <https://www.fns.usda.gov/snap/online>.

### چقدر می‌توانید مزایای SNAP را دریافت کنید؟

زمانی که تأییدیه SNAP شما آغاز می‌شود، معمولاً برای یک سال تأیید می‌شوید، اما در نیمه راه تأییدیه، شما باید یک فورم بررسی میانه تأییدیه را تکمیل کنید.

عدم تکمیل کامل فورم بررسی میانه تأییدیه با امضا ممکن است منجر به بسته شدن تأییدیه شما شود. همچنین شما باید به رعایت الزامات کاری ادامه دهید (مگر اینکه معاف باشید).

### منابع افزون:

اگر شما نابینا یا دارای مشکل بینایی هستید و می‌خواهید اطلاعاتی درباره خدمات توانبخشی برای نابینایان دریافت کنید، لطفاً با شماره 800-592-6004 تماس بگیرید.

تأسیس پدري برای دریافت مزایای SNAP الزامی نیست. با این حال، اگر شما به کمک در تأسیس پدري نیاز دارید، لطفاً با خط تلفن پدري FSD به شماره 855-454-8037 تماس بگیرید.



اگر شما یک کهنه‌سرباز در ایالت میسوری هستید و به یادگیری بیشتر درباره مزایا و منابع موجود برای شما و وابستگان‌تان علاقه‌مندید، به آدرس زیر مراجعه کنید:

<https://mvc.dps.mo.gov/MoVeteransInformation/Survey/DSS>

یا این کد QR را اسکن کنید.



درخواست پروگرام کمک غذایی مکمل (SNAP)

بخش 1 - درباره خود به ما بگویید

<input type="checkbox"/> من بیخانمان هستم	نام فمیلی: _____	نام میانی: _____	نام قانونی کامل: _____
---	------------------	------------------	------------------------

شماره واحد / ساختمان / سوئیت / تریلر: _____	سرک: _____		
کشور: _____	کد پستی: _____	ولایت: _____	شهر: _____

شماره واحد / ساختمان / سوئیت / تریلر: _____	سرک/صندوق پستی: _____		
کشور: _____	کد پستی: _____	ولایت: _____	شهر: _____

تلفون 1: \_\_\_\_\_  
 همراه  محل کار  سایر   
 خانۀ  پیام صرفاً: \_\_\_\_\_

تلفون 2: \_\_\_\_\_  
 همراه  محل کار  سایر   
 خانۀ  آدرس ایمیل: \_\_\_\_\_

بهترین راه برای تماس با شما:  تلفیون  ایمیل  پست  پیامک (همه جار در دسترس نیست)

تحت قوانین ایالت میزوری، و مقررات وزارت زراعت ایالات متحده، من بدینوسیله برای مزایای SNAP درخواست میدهم.

امضای شما: _____ تاریخ: _____	امضای شما
----------------------------------	-----------

بخش 2 - پرسشهای اصلی برای خدمات سریعتر

اگر واجد شرایط باشید، شما ممکن قادر به دریافت SNAP در جریان 7 روز از ثبت درخواستتان باشید اگر به هر یک از سوالات ذیل "بله" پاسخ دهید. در غیر اینصورت، شما مزایا را طی 30 روز از ثبت درخواست خود دریافت خواهید کرد.

1. آیا کل درآمد ماهانه فمیلی شما کمتر از 150 دلار باشد و شما 100 دلار یا کمتر بصورت نقدی و/یا در حساب بانکی نزد خود دارید؟  بلی  نی
2. آیا کل درآمد ماهانه ترکیبی فمیلی شما و نقد در دسترس یا پیسه در چکینگ حسابهای سپرده کمتر از هزینه مرکب اجاره/رهن و خدمات است؟  بلی  نی
3. آیا کسی در فمیلی شما مهاجر یا کارگر فصلی مزرعه است که درآمدش متوقف شده و کمتر از 100 دلار پول نقد و حساب بانکی داشته باشد؟  بلی  نی

قبل از دریافت FSD، SNAP باید هویت شما را شناسایی کند. FSD تلاش خواهد کرد تا هویت شما را بشکل الکترونیکی تأیید کند؛ مگر این ممکن کمک کننده باشد تا (1) یک کاپی هویت شما را شامل سازید، یا (2) کسی را که شما را میشناسد به هر دفتر FSD بیاورید، یا (3) یک تماس را در زیر لیست کنید تا به ما در تأیید هویت شما کمک کند. FSD در صورت لزوم تماس خواهد گرفت.

نام افراد برای تأیید هویت شما: \_\_\_\_\_  
 نمبر تلفیون: \_\_\_\_\_



#### بخش 4 - اعلامیه‌های فمیلی

برای هر کدام از پرسش‌های این بخش پاسخ "بلی" یا "نی" بدهید. لطفاً نام و نام خانوادگی عضو خانواده را که پاسخ اش "بلی" است ارائه کنید. یک پاسخ "بلی" به هر یک از سوالات در این بخش (یا نشانی کردن نادرست "نی") ممکن منجر به رد صلاحیت برای مزایای SNAP برای شخصی شود که پاسخ "بلی" در مورد او صدق میکند.

1. آیا شما یا هر عضو خانواده به خرید یا فروش مزایای SNAP 500 دلار یا بیشتر بعد از 9-22-96 محکوم شده‌اید؟  بلی  نی

• اگر بلی، چه کسی؟ 

نام	نام خانوادگی
-----	--------------

2. آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده‌تان از قانون پنهان شده‌اید یا فرار می‌کنید تا از پیگرد قانونی، بازداشت یا زندان به خاطر یک جرم (یا تلاش برای جرم) که جنایی است، جلوگیری کنید؟  بلی  نی

• اگر بلی، چه کسی؟ 

نام	نام خانوادگی
-----	--------------

3. آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده‌تان در حال نقض شرایط آزادی مشروط یا پروبیشن هستید؟  بلی  نی

• اگر بلی، چه کسی؟ 

نام	نام خانوادگی
-----	--------------

4. آیا شما یا هر کسی در خانواده‌تان اظهارنامه‌های نادرستی درباره هویت یا آدرس خود برای دریافت مزایای SNAP در 2 یا بیشتر خانواده به طور همزمان ارائه داده‌اید؟  بلی  نی

• اگر بلی، چه کسی؟ 

نام	نام خانوادگی
-----	--------------

5. آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده‌تان در یک دادگاه فدرال یا ایالتی به خاطر جرمی که بعد از 8-22-96 به خاطر داشتن، استفاده یا توزیع غیرقانونی یک ماده کنترل‌شده مرتکب شده‌اید محکوم شده‌اید؟ (شامل هرگونه تعلیق اجرای احکام [SES])  بلی  نی

• اگر بلی، چه کسی؟ 

نام	نام خانوادگی
-----	--------------

6. آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده‌تان هرگز به خاطر دریافت تقلبی مزایای تکراری SNAP در هر ایالت بعد از 9-9-96 محکوم شده‌اید؟  بلی  نی

• اگر بلی، چه کسی؟ 

نام	نام خانوادگی
-----	--------------

7. آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده‌تان به خاطر مبادله مزایای SNAP برای اسلحه، مهمات یا مواد منفجره بعد از 9-9-94 محکوم شده‌اید؟  بلی  نی

• اگر بلی، چه کسی؟ 

نام	نام خانوادگی
-----	--------------

8. آیا شما یا هر یک از اعضای خانواده‌تان هرگز به خاطر مبادله مزایای SNAP برای مواد مخدر بعد از 9-9-94 محکوم شده‌اید؟  بلی  نی

• اگر بلی، چه کسی؟ 

نام	نام خانوادگی
-----	--------------

9. آیا کسی در خانواده‌تان از تاریخ 2-07-14 به خاطر یکی یا چند مورد از جرایم زیر محکوم شده است؟  بلی  نی

1. بهره‌کشی جنسی تشدیدشده  
2. قتل  
3. سوءاستفاده جنسی و سایر خشونت‌ها نسبت به طفل‌ها  
4. حمله جنسی

• اگر بلی، چه کسی؟ 

نام	نام خانوادگی
-----	--------------

چه جرم(جرایمی)؟

#### بخش 5 - معلومات فمیلی

به این پرسشها برای خوج و تمامی افرادی که با شما زندگی می‌کنند (همانگونه که در بخش 3 لست شده‌اند) پاسخ دهید.

1. آیا کسی مزایای SNAP را در ایالتی به جز میزوری در 30 روز گذشته دریافت کرده است؟  بلی  نی

• اگر بلی، لطفا جزئیات زیر را برای هرکسی که مزایا را در ایالت دیگر دریافت کرده است پر کنید:

آخرین روز دریافت؟	کشور	ولایت/ایالت	چه کسی مزایا را دریافت کرده است؟	
			نام فمیلی	نام

2. آیا کسی در خانواده شما در سن 18 یا کلاستر در مکتب نام نویسی کرده است؟  بلی  نی

• اگر بلی، لطفا جزئیات زیر را پر کنید:

مطالعه کار؟ (بلی/نی)	ساعات در هر سمستر؟	نوع مکتب؟	نام مکتب:	چه کسی نام نویسی کرده است؟	
				نام	نام فمیلی

3. آیا کسی در خانواده شما معلول است؟  بلی  نی

• اگر بلی، لطفا جزئیات زیر را پر کنید:

آیا معلولیت دائمی است؟ (بلی/نی)	روز شروع معلولیت	چه کسی معلول است؟	
		نام	نام فمیلی

**منابع:** منابع حسابهای بانکی و انواع دیگر پول است که شما خودتان یا با مردم دیگر دارید.

آیا کسی دارای حسابهای چک یا پس انداز، کارت های دبیت، کارت های پرداخت، گواهی های سپرده، حساب های بازنشستگی IRA یا انواع دیگر حساب های بازنشستگی، تراست ها، سهام، اوراق قرضه یا حساب های نقد دیجیتال است؟  بلی  نی

• اگر بلی، لطفا معلومات تمامی حسابها به نام خود را در زیر لست کنید:

نوع حساب:	بالانس / ارزش نقدی:	نام بانک:	چه کسی صاحب آن است؟	
			نام	نام فمیلی
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			

**درآمد:** درآمد پول/پایه ای است که به شما پرداخت می شود، مانند درآمد از یک شغل یا پرداخت ها از تأمین اجتماعی یا حمایت از فرزندان.

1. آیا درآمد کسی در 30 روز گذشته متوقف یا کاهش یافته است؟  بلی  نی

• اگر بلی، در زیر ذکر کنید که درآمد چه کسی متوقف یا کاهش یافته، نام کارفرما، تاریخ و مبلغ ناخالص آخرین چک پرداختی و اینکه آیا توقف/کاهش به صورت داوطلبانه بوده است:

کاهش داوطلبانه؟	داخت کامل پایانی	تاریخ آخرین پیچک	نمبر تلفون صاحب کار (اگر بدانید)	نام صاحب کار	چه کسی کار می کرد؟	
					نام	نام فمیلی
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نی	\$					
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نی	\$					

2. آیا کسی از کار کردن عاید یا پول بدست می آورد، یا کسی در بدل کالا و خدمات (کار غیرنقدی) کار می کند؟  بلی  نی

• اگر بلی، لست کنید که چه کسی آن را دریافت می کند، کارفرمای آن با شماره تماس (اگر شناخته شده باشد؛ اگر خوداشتغال است، زیر کارفرما بنویسید "خود") و درآمد ناخالص (قبل از مالیات یا کسرها)، و اینکه چقدر اغلب پرداخت می شود (هفتگی، دو هفته ای، ماهانه و غیره):

چند وقت یکبار دریافت می شود؟	کل مقدار	نمبر تلفون صاحب کار (اگر بدانید)	نام صاحب کار	چه کسی کار می کند؟	
				نام	نام فمیلی
	\$				
	\$				
	\$				

درآمد (ادامه‌دار)

3. آیا کسی درآمد یا پیسه از منابع زیر دریافت می‌کند؟  
 • اگر بلی، منبع را چک کنید (همه آنهایی که اعمال می‌شود)، جزئیات را در زیر لست کنید:  
 بلی  نی

مقدار ماهانه	چه کسی آن را دریافت می‌کند؟		منبع	
	نام فمیلی	نام		
\$			درآمد بیمه اجتماعی (بازنشستگی، زنده ماندن، یا معلولیت)	<input type="checkbox"/>
\$			درآمد بیمه اجتماعی (SSI)	<input type="checkbox"/>
\$			مزایای مدیریت کهنه‌سربازان (VA)	<input type="checkbox"/>
\$			بازنشستگی یا پنسیون	<input type="checkbox"/>
\$			حمایت طفل	<input type="checkbox"/>
\$			پرداخت‌های سرپرستی یا حضانت	<input type="checkbox"/>
\$			مزایای بیکاری	<input type="checkbox"/>
\$			وام دانشجویی، امتیاز، بورسیه‌ها	<input type="checkbox"/>
\$			هدیه، کمک، پول از اقارب	<input type="checkbox"/>
\$			منابع دیگر (زیر لست کنید):	<input type="checkbox"/>
\$		(.1)	(.1)	
\$		(.2)	(.2)	

مصارف: مصارف صورتحساب‌هایی است که شما مسئول تادیه آن می‌باشید.

1. آیا کسی هزینه مصارف زیر را برای خانه‌ای که در آن زندگی می‌کنید تادیه می‌کند؟

آیا این خانه شما را گرم یا سرد می‌کند؟	چه کسی آنرا تادیه می‌کند؟		مقدار ماهیانه که شما تادیه می‌کنید:	اگر بلی، همه آنهایی که اعمال می‌شود را چک کنید:	
	نام فمیلی	نام			
<input type="checkbox"/> گرم یا سرد می‌کند؟			\$	اجاره*	<input type="checkbox"/>
			\$	تادیه خانه (رهن)**	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نی			\$	برق	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نی			\$	گاز (گاز طبیعی/ پروپان)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نی			\$	سوخت‌های دیگر (لست کنید): _____	<input type="checkbox"/>
			\$	تلفون	<input type="checkbox"/>
			\$	آب	<input type="checkbox"/>
			\$	نل فاضلاب	<input type="checkbox"/>
			\$	زباله	<input type="checkbox"/>
			\$	بیمه صاحبان خانه**	<input type="checkbox"/>
			\$	مالیات ملک**	<input type="checkbox"/>

\*لطفا توجه داشته باشید اگر اجاره شما شامل قبوض خدمات‌تایش\*\* باج و بیمه را خالی جا بگذارید اگر اینها در پرداخت خانه خود لحاظ شده‌اند

2. آیا کسی حمایت طفل و/یا نفقه طفل را که توسط محکمه حکم شده است پرداخت می‌کند؟  بلی  نی

• اگر بلی، لطفا جزئیات را در جدول زیر پر کنید:

چند وقت یکبار پرداخت می‌شود؟	مقدار پرداختی	این برای چه کسی تادیه می‌شود؟	چه کسی آنرا تادیه می‌کند؟	
			نام	نام فمیلی
	\$			
	\$			
	\$			

3. آیا کسی مسؤل پرداخت هزینه های مراقبت از طفل یا کلانسال بشمول فیهای لغزنده، پرداخت های مشترک، و مایل به یا از یک فراهم کننده مراقبت روزانه می‌باشد؟  بلی  نی

• اگر بلی، لطفا جزئیات را در زیر ارائه دهید (برای مایل، مایل و از مراقبت روزانه/قوریه را لست کنید):

چند وقت یکبار پرداخت می‌شود؟ ماهیانه؟	مقدار پرداختی:	نام کسی که مراقبت دریافت می‌کند؟	چه کسی آنرا تادیه می‌کند؟	
			نام	نام فمیلی
	\$			
	\$			
	\$			

4. آیا کسی که معلول یا 60 سال و بالاتر است مصارف طبی جبران نشده دارد  بلی  نی

مانند ملاقات های داکتر (پرداخت های مشترک)، بیمه یا حق بیمه میدیگر، نسخه ها، صورت حساب های شفاخانه، مراقبت- در خانه، ترانسپورت برای مراقبتهای طبی، دندان مصنوعی، سمعک، یا عینک؟

• اگر بلی، لطفا جزئیات را در زیر ارائه دهید (برای مایل ها، هر مایل را به و از ارائه دهنده لیست کنید):

چند وقت یکبار فاکتور می‌شود؟	صورت حساب چقدر است؟	نوع مصرف؟	صورت حساب برای چه کسی است؟	
			نام	نام فمیلی
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			

**بخش 6 - اطلاعاتها (لطفا صفحه 10 را بخوانید و امضا کنید)**

**حق استماع منصفانه FSD:**

شما حق دارید که به یک جلسه استماع دسترسی داشته باشید اگر شما برای دریافت مزایای SNAP درخواست داده‌اید یا این مزایا را دریافت می‌کنید و هر یک از موارد زیر اتفاق بیفتند:

- FSD تصمیم بگیرد که شما واجد شرایط نیستید و شما فکر می‌کنید که واجد شرایط هستید.
- FSD به شما مزایای SNAP ارائه دهد و سپس این مزایا را کاهش می‌دهد یا متوقف می‌کند و شما فکر می‌کنید دلایل نادرست هستند.
- شما با اطلاعات استفاده شده برای تعیین مقدار مزایا اختلاف دارید یا با مقدار مزایا اختلاف دارید.
- FSD درخواست شما را رد کند.
- FSD به درخواست شما برای کمک به موقع عمل نکند و شما فکر می‌کنید که آنها زمان کافی برای انجام این کار داشته‌اند.

اگر درخواست شما رد شده یا هر اقدامی در مورد پرونده شما قبلاً انجام شده باشد، می‌توانید ظرف 90 روز از تاریخ رد یا اقدام درخواست جلسه استماع کنید. اگر اقدام پیشنهادی مزایای شما را تغییر دهد یا متوقف کند و شما ظرف ده روز از تاریخ اطلاعیه درخواست جلسه استماع کنید، می‌توانید تا زمان تصمیم‌گیری جلسه استماع همان مزایا را دریافت کنید؛ اما اگر در جلسه استماع پیروز نشوید، باید آن مزایا را بازپرداخت کنید. شما یا نماینده‌تان می‌توانید از طریق تلفن، به صورت حضوری یا کتبی درخواست جلسه استماع کنید. پرونده شما می‌تواند توسط یکی از اعضای خانواده یا نماینده‌ای مانند وکیل، خوشاوند، دوست یا سخنگوی دیگر ارائه شود.

## ممکن است پس از دریافت مزایای SNAP واجدیت خود را از دست دهید اگر:

- مزایای SNAP خود را به صورت نقدی یا به عنوان ملاحظه‌ای غیر از غذاهای واجد شرایط، به طور مستقیم، غیرمستقیم، به صورت همدستی یا تیبانی با دیگران، یا به تنهایی بفروشید.
- معلومات نادرست بدهید یا پنهان کنید تا مزایای SNAP را دریافت کنید که خانواده شما نباید دریافت کند.
- از مزایای SNAP برای خرید اقلام غیرغذایی، مانند الکل یا سیگار، یا برای پرداخت در حساب‌های اعتباری استفاده کنید.
- محصولی را با مزایای SNAP خریداری کنید که دارای ظرفی است که نیاز به بازگشت سپرده دارد یا قصد کسب نقدی از طریق دور انداختن محصول و بازگرداندن ظرف برای مبلغ سپرده.
- عمداً محصولات را با مزایای SNAP خریداری کنید به منظور دریافت نقدی. بعنوان مثال، از خرید غذا برای ساخت محصولات برای فروش مجدد خودداری کنید.
- برای غذایی که با اعتبار خریداری شده است، با مزایای SNAP پرداخت کنید.
- از کارت‌های EBT که متعلق به شما نیستند، استفاده کنید یا در اختیار داشته باشید.
- کارت‌های EBT را مبادله یا بفروشید یا غذایی که با مزایای SNAP خریداری شده است را به اعضای غیرخانواده ارائه دهید.

## اعلانیه و تصدیق مفاد ثقلب:

دروغ گفتن به منظور دریافت SNAP یا فروش یا تبادل مزایای SNAP خلاف قانون است. درخواست‌های بیش از حد برای تعویض کارت انتقال مزایای الکترونیکی (EBT) ممکن است منجر به ارجاع برای تحقیق در مورد ثقلب شود. (1)(b) 7 USC 2015 هر شخصی که توسط هر دادگاه ایالتی یا فدرال یا آژانس اداری به عمد اظهارنامه نادرست یا گمراه‌کننده‌ای را ارائه کرده باشد، یا حقایق را تحریف، پنهان یا امتناع کرده باشد یا هر عملی را که نقض این قانون، مقررات صادره تحت آن، یا هر قانون ایالتی باشد، به منظور استفاده، ارائه، انتقال، کسب، دریافت یا نگهداری مزایای SNAP انجام داده باشد، بلافاصله پس از ارائه چنین تصمیمی، برای اشتراک بیشتر در برنامه برای مدت 1 سال در اولین موقعیت چنین تصمیمی، 2 سال برای موقعیت دوم و به طور دائمی در موقعیت سوم واجد شرایط نخواهد شد.

## متقاضیان نمی‌تواند قانون خوراک و مواد غذایی 2008 (Food and Nutrition Act of 2008) را نقض نند که شامل موارد زیر می‌باشد:

- هر عضوی که عمداً یکی از قوانین را نقض کند، ممکن است به مدت یک سال از پروگرام SNAP محروم شود، تا به طور دائمی، جریمه‌های تا 250,000 دلار، حبس تا 20 سال یا هر دو مجازات شود. او همچنین ممکن است تحت پیگرد قانونی بر اساس سایر قوانین فدرال و ایالتی قرار گیرد. اگر دادگاه دستور دهد، او ممکن است به مدت 18 ماه دیگر از SNAP محروم شود.
- هر عضوی از خانواده شما که به عمد قوانین را نقض کند، ممکن است به مدت یک سال برای اولین تخلف، دو سال برای تخلف دوم و به طور دائمی برای تخلف سوم از دریافت SNAP محروم شود.
- اگر دادگاه هر عضو خانواده را به خاطر استفاده یا دریافت مزایا در یک معامله که شامل فروش یک ماده کنترل شده است، گناهکار تشخیص دهد، شما برای اولین تخلف به مدت دو سال و برای بار دوم به طور دائمی از دریافت مزایا محروم خواهید شد.
- اگر دادگاه شما را به خاطر استفاده یا دریافت مزایا در یک معامله که شامل فروش سلاح‌های گرم، مهمات یا مواد منفجره است، گناهکار تشخیص دهد، شما به طور دائمی از اشتراک در پروگرام در اولین بار این تخلف محروم خواهید شد.
- اگر مشخص شود که شما بی‌ایمانی یا نمایندگی ثقلبی در مورد هویت یا محل سکونت خود ارائه داده‌اید تا به طور همزمان از مزایای چندگانه SNAP بهره‌مند شوید، شما به مدت 10 سال از اشتراک در پروگرام محروم خواهید شد.
- اگر یک محکمه شما را در داشتن مزایای قاچاق شده به مبلغ مجموعی 500 دلار یا بیشتر گناهکار بداند، شما بشکل دائمی واجد شرایط اشتراک در پروگرام نخواهید بود.

معلومات که شما در مورد درخواست فراهم میسازید در معرض تأیید توسط مقامات فدرال، ایالتی یا محلی قرار خواهد داشت تا مشخص گردد که آیا معلومات واقعی است یا خیر؛ اگر هر معلومات نادرست باشد، مزایای SNAP ممکن رد گردد، و شما ممکن در معرض پیگرد قانونی برای ارائه معلومات نادرست قرار بگیرید.

معلومات موجود از طریق سیستم واجد شرایط بودن و تأیید عاید (IEVS) درخواست، استفاده و ممکن از طریق تماس های جانبی تأیید خواهد شد زمانیکه اختلافات توسط دولت یافت گردد، و چنین معلومات ممکن واجد شرایط بودن و سطح مزایای خانواده را متأثر سازد.

جمع‌آوری اطلاعات در مورد درخواست، شامل نمبر تأمین اجتماعی (SSN) هر یک از اعضای خانواده، تحت قانون خوراک و تغذیه سال 2088 بهروزرسانی شده، 7 USC 2011-2036 مجاز است. این معلومات برای تعیین اینکه آیا خانواده شما واجد شرایط است یا همچنان واجد شرایط برای شرکت در برنامه SNAP می‌باشد، استفاده خواهد شد. ما این معلومات را از طریق برنامه‌های تطبیق کامپیوتری تأیید خواهیم کرد. این معلومات همچنین برای نظارت بر رعایت مقررات برنامه و مدیریت برنامه استفاده خواهد شد. این معلومات ممکن است به سایر نهادهای فدرال و دولتی برای بررسی‌های رسمی و به مقامات اجرای قانون به منظور دستگیری افرادی که در تلاش برای فرار از قانون هستند، افشا شود. اگر ادعای SNAP علیه خانواده شما مطرح شود، معلومات موجود در این درخواست، شامل نمبرهای تأمین اجتماعی، ممکن است به نهادهای فدرال و دولتی و همچنین به آژانس‌های جمع‌آوری مطالبات خصوصی ارجاع داده شود تا اقدام به جمع‌آوری مطالبات صورت گیرد.

نظر به بخش RSMo 570.030 سرعت مزایای کمک عامه یک جرم صنف "D" است اگر ارزش مزایا 750.00 دلار یا بیشتر باشد، مگر کمتر از 25,000.00 دلار باشد. مجازات شامل حبس تا هفت سال و جریمه است که از 5,000.00 دلار تجاوز نکند. سرعت 25,000.00 دلار یا بیشتر یک جرم صنف "C" است. اگر ارزش مزایا کمتر از 750.00 دلار باشد، جرم یک جرم صنف "A" است. مجازات ها و جریمه ها ممکن برای مجرمین مکرر افزایش یابد.

نظر به بخش 570.400، RSMo، دریافت غیرقانونی مزایای کمک‌های عمومی یا کارت‌های EBT، شما درک می‌کنید که دریافت یا تلاش برای دریافت مزایای SNAP که به شما تعلق ندارد، یا دریافت یا تلاش برای دریافت مزایای SNAP به مبلغی بیشتر از آنچه که به شما تعلق دارد، خلاف قانون است. شما فهم می‌کنید که هرگونه ادعای نادرست، بی‌بینه، یا پنهان‌سازی هر واقعیت ماده‌ای، به‌طور کامل یا جزئی، در این فرم یا در طول مصاحبه، ممکن است شما را در معرض پیگرد کیفری و/یا مدنی قرار دهد. هر شخصی که به دریافت غیرقانونی مزایا محکوم شود، موظف است مبلغ کل پولی که به‌طور غیرقانونی دریافت کرده است را به دولت بازپرداخت کند. از شما خواسته خواهد شد که یک مصاحبه با بخش حمایت از خانواده انجام دهید تا این روند درخواست را کامل کنید. شما ملزم به ارائه مدارک برخی از معلوماتی که در این درخواست و/یا در مصاحبه ارائه می‌دهید، خواهید بود. امضای شما تأیید می‌کند که با شرایط مطرح شده در این درخواست و در طول مصاحبه موافقت کرده‌اید.

#### ثبت کار:

من فهم می‌کنم و قبول می‌کنم که SNAP دریافت کنم، اعضای خاصی از خانواده نیاز به نام نویسی برای کار دارند. این بدین معنی است که اعضای خاص خانواده باید:

(A) برای کار در زمان درخواست و ثبت نام کنید.

(B) یک وظیفه 30 یا بیشتر ساعت در هفته را بدون دلیل خوب ترک نکنید.

(C) بدون دلیل خوب ساعات کار را کمتر از 30 ساعت در هفته کاهش ندهید.

(D) از قبول کردن یک پیشنهاد واقعی اشتغال مناسب بدون دلیل خوب امتناع نکنید.

هر کسی که شرایط کار را رعایت نکند ممکن است از دریافت SNAP محروم شود. این فورم همچنان منحصیث یک کار عمل می‌کند. شما، همراه با سایر اعضای غیر معاف خانواده، کار ثبت شده محسوب خواهید شد و باید بعد از امضا این فورم با شرایط مرتبط به ثبت کار مطابقت داشته باشید.

#### کار و/یا ملزومات تدریب (ABAWD):

افرادی که به عنوان کلانسالان توانمند بدون وابستگی (ABAWDs) شناسایی شده‌اند، نمی‌توانند به عنوان عضو هر خانواده‌ای در پروگرام SNAP اشتراک کنند اگر این فرد در یک دوره سه ساله، مزایای SNAP را به مدت سه ماه قابل شمارش دریافت کرده باشد. ماههای قابل شمارش، ماههایی هستند که فرد در آن‌ها مزایای SNAP را برای کل ماه مزایا دریافت کرده در حالی که الزامات کاری را با کار کردن و/یا اشتراک در تعلیم به مدت 20 ساعت در هفته، به صورت میانگین ماهانه برای حداقل 80 ساعت برآورده نکرده است.

بیک فرد ABAWD کسی است که بین 18 تا 64 سال عمر دارد؛ هیچ طفل زیر 14 سال در خانوار دریافت کننده SNAP ندارد؛ دارای معلولیت نیست؛ باردار نیست؛ محصل نیمه‌وقت یا تمام‌وقت نیست؛ از یکی از اعضای معلول خانواده مراقبت نمی‌کند؛ مقرری بیکاری دریافت نمی‌نماید (در هیچ ایالتی)؛ از اقوام بومی ایالات متحده، بومی شهری یا بومی کالیفرنیا نیست؛ و در برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر یا الکل اشتراک ندارد. ABAWDs اعمال می‌شود و ABAWDs می‌توانند با برآورده کردن الزامات کار/آموزش برای حداقل 80 ساعت در 30 روز گذشته، دوباره واجد شرایط شوند.

<این فضا بصورت عمدی خالی جای گذاشته شده>

## استفاده از بیانیه/گفتار عدم-تبعیض:

مطابق به قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و پالیسیهای حقوق مدنی وزارت زراعت ایالات متحده (USDA)، این نهاد از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشأ ملی، جنس (از جمله هویت جنسیتی و گرایش جنسی)، عقیده مذهبی، ناتوانی، سن، باورهای سیاسی یا انتقام یا انتقام جویی برای اولویت حقوق مدنی منع شده است.

معلومات پروگرام ممکن است در لسانهای دیگر به غیر از انگلیسی ارائه شود. افرادی که دارای ناتوانی هستند و به وسایل ارتباطی جایگزین برای دریافت معلومات پروگرام نیاز دارند (مانند بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی)، باید با آژانس (دولت ایالتی یا محلی) که برای دریافت مزایا درخواست داده‌اند، تماس بگیرند. افرادی که ناشنوا، کم‌شنوا یا دارای ناتوانی گفتاری هستند می‌توانند از طریق خدمات ارتباطی فدرال با USDA تماس بگیرند به نمبر 877-8339 (800).

برای ثبت شکایت تبعیض پروگرام، یک شکای باید یک فورم AD-3027، فرم شکایت تبعیض پروگرام USDA را تکمیل کند که میتوان آنلاین یافت در: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> از هر آفیس USDA، با تماس با نمبر 632-9992 (866)، یا نوشته‌کردن نامه به ادرس USDA. نامه باید شامل نام شکای، آدرس، نمبر تلفون و یک توصیف کتبی از عمل ادعایی تبعیضی به اندازه کافی دقیق باشد تا معاون وزیر حقوق مدنی (ASCR) را در مورد ماهیت و تاریخ یک تخلف ادعایی حقوق مدنی مطلع کند. فورم یا نامه تکمیل شده AD-3027 باید به ادرس زیر ارسال شود:

پوسته:

Food and Nutrition Service, USDA

1320 Braddock Place, Room 334

Alexandria, VA 22314؛ یا

فکس:

833) 256-1665 یا (202) 690-7442؛ یا

ایمیل:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

**توجه: لطفا هیچ گونه موارد درخواستی را به ادرس بالا ارسال نفرمایید. ادرس بالا صرفاً برای شکایتهای حقوق مدنی می‌باشد.**

## بیانیه/گفتار عدم-تبعیض DSS:

وزارت خدمات اجتماعی میزوری (DSS) به اصول فرصت های مساوی اشتغال و دسترسی مساوی به خدمات متعهد است. متقاضیان DSS یا دریافت کنندگان خدمات از DSS بدون در نظر داشت نژاد، رنگ، منشأ ملی، اجداد، جنس (بشمول حامله داری و هویت جنسیتی)، گرایش جنسی، سن، ناتوانی، مذهب یا وضعیت سرباز به طور منصفانه رفتار می شود. خدمات ترجمه شفاهی مناسب در صورت نیاز برای افراد دارای اختلال بینایی یا شنوایی و برای افراد دارای موانع زبانی فراهم خواهد شد. هر کسی که به یک کمک یا خدمات کمکی برای ارتباط مؤثر نیاز دارد یا تغییراتی در سیاست‌ها یا رویه‌ها برای اشتراک در پروگرام، خدمت یا فعالیت وزارت خدمات اجتماعی نیاز دارد، باید در اسرع وقت به DSS اطلاع دهد. برای درخواست اسکان: از آفیس محلی DSS خود دیدن کنید، با DSS از طریق تلفون تماس بگیرید، TDD/TTY: (800) 735-2966؛ Relay Missouri 711؛ یا از طریق تلفون با هماهنگ‌کننده DSS ADA تماس بگیرید به نمبر (800) 776-8014 یا از طریق ایمیل به نشانی [HRC.OCR@dss.mo.gov](mailto:HRC.OCR@dss.mo.gov). DSS مسکنی معقول همانگونه که قانون لازم دانسته است را مهیا می‌کند.

این سازمان یک ارائه‌دهنده رخصت یکسان است.

### لطفا قبل از توقيـع/امضا اين صفحه را به دقت بخوانيد.

هنگامي که امضا مي کنيد، شما تصديق ميهکنيد که از گفتارهاي اين درخواست فهم کرده ايد. شما تصديق ميکنيد، تحت مجازات سوگند دروغ، معلوماتي را که در اين فورم ارائه مي کنيد فهم مي کنيد و در جريان مصاحبه بايد درست و دقيق باشد، بشمول معلومات در مورد وضعیت تابعيت و مهاجرت. شما فهم ميکنيد که هرگونه هزينه اي که راپور نکنيد و در صورت درخواست تأييد نکنيد، براي تعيين مزايای SNAP شما مورد استفاده قرار نخواهد گرفت.

شما به مدير بخش حمايت از فميلي يا نماينده او اجازه مي دهيد تا شرايط و اظهارات شما را از طريق مقامات فدرال، ايالتي يا محلي بررسي کند تا مشخص شود که آيا معلوماتي که ارائه داده ايد واقعي است يا خير.

بر اساس بخش 570.408، RSMo، تحت مجازات دروغ گويي، شما تأييد ميکنيد که به بهترين دانش خود، اظهارات صحيح، دقيق و کلمي براي هر عضو خانواده که براي آن درخواست مي دهيد ارائه کرده ايد، از جمله اطلاعات مربوط به وضعیت تابعيت و وضعیت بيگانه.

با امضای اين درخواست به صورت کاغذي يا الکترونيکي، به ما اجازه مي دهيد تا تماس هاي تلفني خودکار و پيام هاي متني در مورد پرونده شما را به شماره تلفن اصلي که در صفحه 1 ارائه داده ايد، ارسال کنيم. شما نيازي به موافقت با اين موضوع به عنوان شرط واجد شرايطي نداريد. اگر نمي خواهيد به اين روش با شما تماس گرفته شود، مي توانيد از دريافت اين تماس ها يا پيام ها انصراف دهيد.

اينجا را کليک کنيد:  برگزیدن تماس ها  برگزیدن پيام ها  برگزیدن تماس ها و پيام ها

↓ اينجا را امضا کنيد:

امضای شما:	تاریخ:
امضای شاهد (اگر نتوانيد نام خود را نوشته کنيد لازم است):	تاریخ:

شما مي توانيد اين درخواست را از طريق پوسـته، فکس، بارگذاري، يان به هر آفيس FSD بازگردانيد:

بارگذاري	پوسـته	فکس	حضور
			
mydssupload.mo.gov	Family Support Division PO Box 2700 Jefferson City, MO 65102	573-526-9400	يافتن آفيس: dss.mo.gov/offices.htm